

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

Klinichna khirurgiia. 2018 November;85(11):5-8.
DOI: 10.26779/2522-1396.2018.11.05

Результати хірургічного лікування парадуоденального (groove) панкреатиту

О. Ю. Усенко, В. М. Копчак, І. В. Хомяк, А. І. Хомяк, А. В. Малик

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Results of surgical treatment of paraduodenal (groove) pancreatitis

O. Yu. Usenko, V. M. Kopchak, I. V. Khomiak, A. I. Khomiak, A. V. Malik

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

Реферат

Мета. Покращити результати хірургічного лікування пацієнтів з парадуоденальним панкреатитом шляхом розробки та впровадження нових методик оперативних втручань та застосування диференційованої тактики лікування хворих.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 1261 пацієнта з хронічним панкреатитом в Інституті за період з 2014 по 2018 р., 106 із них, у яких діагностовано парадуоденальний панкреатит, включено до дослідження.

Результати. Консервативне лікування проведено 34 (32,1%) пацієнтам. Мініінвазивні втручання під контролем ендоскопічної ультрасонографії виконані 25 (23,6%) пацієнтам. Відкрите хірургічне втручання виконано 47 (44,3%) пацієнтам: дуоденозберігаючу резекцію підшлункової залози – 40 (37,8%), панкреатодуоденектомію – 7 (6,6%).

Висновки. У разі застосування мініінвазивних методів лікування та органозберігаючих операцій скорочується тривалість перебування хворих у стаціонарі з $(18,4 \pm 2,6)$ (95% довірчий інтервал – ДІ) до $(14,2 \pm 5,5)$ (95% ДІ) дня та знижується частота розвитку післяопераційних ускладнень з 42,9 до 4 – 12,5%.

Ключові слова: парадуоденальний панкреатит; groove панкреатит; хірургічне лікування; мініінвазивні хірургічні втручання.

Abstract

Objective. To improve the surgical treatment results in patients, suffering paraduodenal pancreatitis, using elaborated and introduced new operative procedures together with application of differentiated tactics for the patients' treatment.

Materials and methods. Results of treatment in the Institute in 2014 – 2018 yrs were analyzed in 1261 patients, suffering chronic pancreatitis, and 106 of them included in the investigation, in whom paraduodenal pancreatitis was diagnosed.

Results. Conservative treatment was conducted in 34 (32.1%) patients. Miniinvasive interventions under control of endoscopic ultrasonography were performed in 25 (23.6%) patients. Open surgical intervention was performed in 47 (44.3%) patients: duodenum-preserving pancreatic resection – 40 (37.8%), pancreaticoduodenectomy – 7 (6.6%).

Conclusion. While application of miniinvasive methods of treatment and organ-preserving operations the patients' stationary stay shortens from (18.4 ± 2.6) (95% CI) to (14.2 ± 5.5) (95% CI) days and lowers the morbidity rate from 42.9 to 4 – 12.5%.

Keywords: paraduodenal pancreatitis; groove pancreatitis; surgical treatment; miniinvasive surgical interventions.

Захворюваність на хронічний панкреатит (ХП) невинно зростає у всьому світі, особливо збільшується кількість хворих з ускладненими формами ХП, які потребують хірургічної корекції. На сучасному етапі розвитку панкреатології дослідники виокремлюють проблему лікування парадуоденального панкреатиту (ПДП) (groove pancreatitis), який є формою ХП та характеризується хронічним запаленням, фіброзними змінами та рубцюванням другої частини дванадцятипалої кишки (ДПК) та області groove. Цим поняттям позначають кістозну дистрофію/трансформацію стінки ДПК, «groove» панкреатит, панкреатичну гамартрому ДПК, міoadеноматоз ДПК [1, 2]. Анатомічними орієнтирами парадуоденальної зони є нижня частина ДПК (латерально), головка підшлункової залози (ПЗ) і загальна жовчна протока (ЗЖП) (медіально), верхня частина ДПК або антральний відділ шлунка (попереду) і горизонтальна частина ДПК або нижня порожниста вена (ззаду) [3]. Діагностика цього типу панкреатиту є

досить складною, що зумовлено необхідністю відрізнити його від злоякісних пухлин періампулярної зони, які мають подібну клінічну картину [4 – 9]. Протягом останніх років ця тема часто є предметом обговорення в літературі. Запропоновано багато варіантів консервативного та хірургічного лікування ПДП [9 – 13]. Більшість авторів у хірургічному лікуванні ПДП надають перевагу виконанню складного та травматичного оперативного втручання з високим ризиком розвитку післяопераційних ускладнень – панкреатодуоденектомії (ПДЕ).

Мета дослідження: розробка і застосування нових хірургічних підходів до лікування ПДП та впровадження диференційованої тактики лікування хворих.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 1261 пацієнта з ХП в Інституті за період з січня 2014 по квітень 2018 р., 106 із них, у яких діагностовано ПДП, включено до дослідження.

дження. Критеріями включення до дослідження були клінічні, радіологічні дані та кінцеве патоморфологічне підтвердження ПДП. Дозвіл на проведення дослідження був наданий етичною комісією.

Зібрана інформація включала демографічні дані, клінічні симптоми, анамнез хвороби, відомості про вживання алкоголю та куріння.

Усім пацієнтам були проведені стандартні лабораторні дослідження. Для підтвердження наявності ПДП і диференціювання його від інших захворювань періампулярної зони проводили комп'ютерну томографію (КТ) з внутрішньовенним контрастуванням (рис. 1), магнітно-резонансну томографію (МРТ), ендоскопічну ультрасонографію (ЕУС) та гастродуоденоскопію (рис. 2). У окремих пацієнтів для встановлення діагнозу використовували магнітно-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ) та ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ). Якщо результати досліджень були неоднозначними або недостатніми для того, щоб надійно виключити рак, методом вибору для встановлення діагнозу та визначення подальшої терапії була аспіраційна біопсія під контролем ЕУС.

Діагноз ПДП встановлювали за наявності характерної клінічної картини у поєднанні з результатами рентгенологічних, лабораторних методів обстеження у пацієнтів з відомими факторами ризику. Щодо всіх пацієнтів відбулося обговорення в багатодисциплінарній групі хірургів, радіологів, онкологів та гастроентерологів.

Після встановлення діагнозу обирали подальшу тактику лікування, що включала консервативні підходи, мініінвазивні та відкриті хірургічні втручання. У залежності від остаточної стратегії лікування пацієнтів було розподілено на чотири групи: 1-шу групу склали 34 (32,14%) пацієнти, яким лікували консервативно; 2-гу – 25 (23,6%) пацієнтів, яким виконали мініінвазивні втручання; 3-тю – 40 (37,8%) пацієнтів, яким виконали дуоденозберігаючу резекцію підшлункової залози (ДЗРПЗ); 4-ту – 7 (6,6%) пацієнтів, яким виконали ПДЕ.

Консервативні заходи були першим кроком у лікуванні ПДП у разі неускладненого перебігу захворювання, який характеризувався наявністю болювого синдрому без ускладнень з боку інших органів та систем. Консервативна терапія включала в себе медикаментозне лікування та модифікацію способу життя. Медикаментозне лікування, метою якого було усунення болювого синдрому, попере-

дження виникнення ускладнень, включало препарати які знижують секрецію панкреатичного соку, інгібітори протонної помпи, протизапальні препарати. Коли консервативна терапія не була достатньо ефективною і не давала змоги контролювати симптоми захворювання, приймали рішення щодо хірургічного лікування.

Мініінвазивні підходи застосовували за наявності кістозних змін у стінці ДПК та парадуоденальній зоні. У таких пацієнтів болювий синдром був добре контрольований консервативно, а клінічну картину спричиняли кістозні зміни парадуоденальної зони. Показаннями до ендоскопічного дренивання були технічна можливість та розміри кістозного утворення більше 2 см у діаметрі або наявність утворення, яке створювало пухлинний ефект у періампулярній зоні, що призводило до компресії навколишніх структур. Такі кістозні утворення дренивали під контролем ЕУС (рис. 3).

У залежності від показань відкритими хірургічними втручаннями були або ПДЕ, або ДЗРПЗ. Щодо пацієнтів з ПДП, у яких консервативна терапія виявилася неефективною, а мініінвазивні підходи не були технічно можливими або не мали бажаного клінічного результату, приймали рішення про відкрите оперативне втручання. Зважаючи на менші травматичність та частоту розвитку післяопераційних ускладнень у порівнянні з ПДЕ, виконували органозберігаючі оперативні втручання: операції Фрея, Бегера, за Бернською методикою та парціальні резекції підшлункової залози.

ПДЕ виконували пацієнтам з ускладненим перебігом захворювання, порушенням функцій сусідніх органів, такими як тубулярний стеноз ЗЖП з біліарною гіпертензією або декомпенсована непрохідність ДПК, що виникали через виражений набряк та потовщення стінки ДПК з фіброзними змінами. Неможливість виключити злоякісну пухлину періампулярної зони також була показанням до виконання ПДЕ.

Результати

Серед 106 досліджуваних пацієнтів чоловіків було 96 (90,6%), жінок – 10 (10,4%). Середній вік пацієнтів на момент встановлення діагнозу становив $(44,36 \pm 11,05)$ року (віковий діапазон від 19 до 66 років). Більшість пацієнтів – чоловіки середнього віку. Із 106 пацієнтів 96 (90,6%) зловживали алкоголем, 86 (81,1%) були активними курцями. Під час первинного огляду на хронічний біль у живо-

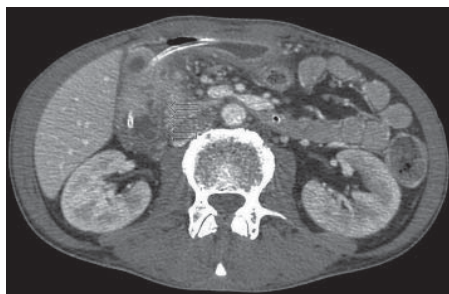


Рис. 1.
КТ. Запальні зміни м'яких тканин у парадуоденальній ділянці.

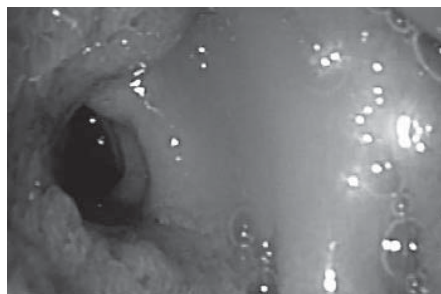


Рис. 2.
Гастродуоденоскопія. Потовщення медіальної стінки ДПК.

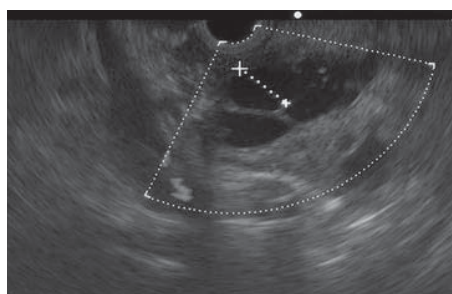


Рис. 3.
ЕУС. Кісти в стінці ДПК.

Характеристика пацієнтів з парадуоденальним панкреатитом у залежності від способу лікування

Параметри	Спосіб лікування							
	консервативна терапія (n=34)		мініінвазивні втручання (n=25)		ДЗРПЗ (n=40)		ПДЕ (n=7)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стать								
чоловіки	31	91,2	22	88	37	92,5	6	85,7
жінки	3	8,8	3	12	3	7,5	1	14,3
Вік, роки								
медіана	46,4 ± 11		44,1 ± 13,1		43,3 ± 9,8		41,3 ± 10,7	
95% ДІ	49		42		43		40	
	39 - 54		37 - 54		37 - 46		24 - 60	
Симптоми								
біль	30	88,2	20	80	39	97,5	6	85,7
загальна слабкість	22	64,7	18	72	18	45	2	28,5
нудота та блювання	11	32,4	10	40	15	37,5	4	57,1
втрата маси тіла	8	23,5	6	24	15	37,5	1	14,3
жовтяниця	2	5,9	3	12	3	7,5	3	42,9
Тривалість перебування в стаціонарі, дів								
медіана	9,9 ± 4,6		14,2 ± 5,5		16,8 ± 4,6		18,4 ± 2,6	
95% ДІ	9		14		16		17	
	8 - 12		11 - 16		15 - 18		16 - 23	
Кількість ускладнень	-	-	1	4	5	12,5	3	42,9

ті скаржились 95 (89,6%) пацієнтів, загальну слабкість – 60 (56,6%), нудоту та блювання – 40 (37,7%), втрату маси тіла – 30 (28,3%). Жовтяниця була у 11 (10,3%) пацієнтів.

Характеристика пацієнтів в залежності від способу лікування наведена в таблиці.

Консервативна терапія була неефективною у 6 (17,6%) хворих. Остаточною стратегією лікування щодо таких хворих було виконання відкритих або мініінвазивних хірургічних втручань. Мініінвазивні втручання не мали бажаного клінічного ефекту у 5 (20%) пацієнтів, вони в подальшому потребували виконання відкритого хірургічного втручання. ДЗРПЗ виявилася неефективною у 1 (2,5%) пацієнта, що в подальшому привело до виконання ПДЕ.

Загальна частота післяопераційних ускладнень становила 7,5%, найвищим цей показник був після ПДЕ – 42,9%. Після мініінвазивних втручань та ДЗРПЗ частота ускладнень становила 4 та 12,5% відповідно. Ніхто з досліджуваних пацієнтів не помер.

Обговорення

ПДП – рідкісна, але детально описана форма ХП. Вперше захворювання було згадано V. Becker у 1973 р. як сегментарний панкреатит [14]. Цей вид ХП в літературі часто описують, використовуючи різні терміни: «Groove» панкреатит, «Кістозна дистрофія/трансформація стінки ДПК» тощо. В 2004 р. N. V. Adsay і G. Zamboni запропонували для цього захворювання єдине визначення – парадуоденальний панкреатит, враховуючи переважання запальних змін у стінці ДПК та області groove та можливе поширення процесу на ПЗ і ЗЖП. Переважання захворювання у стінці ДПК та області groove позначають терміном «панкреатит», тому що в патологічний процес втягнуті ацинарні часточки та протоки панкреатичного типу з патоморфологічними змінами, характерними для алкогольного ХП [1].

У сучасній літературі ПДП присвячені повідомлення в основному у вигляді спостережень з практики (case report) чи досліджень з малою вибіркою, що пояснюється низьким рівнем обізнаності про хворобу та неусталеною термінологією.

Хоча ПДП доволі рідкісне захворювання, проте від 12,8 до 19,5% ДПЕ, що виконують з приводу ХП, припадають саме на ПДП [12]. Відповідно до даних нашого дослідження на ПДП, як і на ХП, хворіють переважно чоловіки середнього віку, які мають в анамнезі зловживання алкоголем та куріння. Поширеність панкреатиту серед жінок, людей молодого або старшого віку є значно нижчою. Ці дані цілком узгоджуються з даними сучасних наукових досліджень [1 – 4, 6, 7, 9, 12, 13].

Діагностика ПДП може бути складною, тому важливо знати його рентгенологічну картину та клінічні прояви, які є досить різноманітними. Скарги, подібні до скарг, характерних для ХП, описували 83% пацієнтів, гострий перебіг захворювання мали 18 (16,9%) пацієнтів. Більшість пацієнтів скаржаться на виражений біль, рецидивуючу нудоту та блювання, що призводять до хронічної втрати маси тіла. Хоча обструктивна жовтяниця зустрічається доволі рідко (за нашими даними – у 11 (10,3%) пацієнтів), про тубулярний стеноз ЗЖП в літературі повідомляють досить часто [1 – 6, 9, 13]. Однією з особливостей ПДП є стеноз ДПК, і нерідко пацієнти звертаються до лікаря з симптомами непрохідності або уповільненого випорожнення шлунка [6]. У нашому дослідженні такі скарги мали 40 (37,8%) пацієнтів.

Лікування ПДП повинно бути індивідуалізоване для кожного пацієнта. Важливим аспектом є модифікація способу життя, а саме відмова від куріння та вживання алкоголю, дотримувати дієти. В лікуванні ПДП ми рекомендуємо етапний підхід, першим кроком якого є консервативні заходи. Методики, такі як дренування проток ПЗ, усу-

нення дуоденального стенозу та дренивання кіст, є основою мініінвазивного лікування ПДП. За наявності показань слід виконувати резекцію головки ПЗ зі збереженням ДПК. Незважаючи на високу ефективність ПДЕ для лікування ПДП, її застосування повинне бути обмежене з огляду на високу частоту ускладнень та незадовільні соціально-економічні показники у порівнянні з ДЗРПЗ та мініінвазивними хірургічними методиками. ПДЕ вважається операцією вибору, якщо після попередніх етапів лікування стан пацієнта не покращився, у разі виникнення ускладнень з боку суміжних органів та систем або якщо зловиякисний процес не може бути достовірно виключений.

Висновки

1. Консервативне лікування та модифікація способу життя забезпечують адекватний контроль симптомів ПДП у 32,1% пацієнтів; мініінвазивні хірургічні втручання – у 23,6% пацієнтів, а їх ефективність становить 83,6%.

2. Застосування мініінвазивних методів лікування скорочує тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі до ($14,2 \pm 5,5$) дня (95% ДІ) порівняно з ДЗРПЗ – ($18,4 \pm 2,6$) дня (95% ДІ) та ДПЕ – ($16,8 \pm 4,6$) дня (95% ДІ).

3. ДЗРПЗ є методом вибору, коли інші методи лікування не є технічно можливими або не забезпечують усунення симптомів ПДП, та уможливує досягти бажаного клінічного результату у 97,6% пацієнтів.

4. ПДЕ є ефективним втручанням для лікування ПДП у пацієнтів з ускладненнями, ураженням інших органів та систем, а також тоді, коли зловиякисний процес не може бути достовірно виключений.

References

1. Adsay NV, Zamboni G. Paraduodenal pancreatitis: a clinico-pathologically distinct entity unifying “cystic dystrophy of heterotopic pancreas”, “para-duodenal wall cyst”, and “groove pancreatitis”. *Semin Diagn Pathol.* 2004;21:247–54. doi:10.1053/j.semdp.2005.07.005.
2. Muraki T, Kim GE, Reid MD, Mittal P, Bedolla G, Memis B, et al. Paraduodenal Pancreatitis: Imaging and Pathologic Correlation of 47 Cases Elucidates Distinct Subtypes and the Factors Involved in its Etiopathogenesis. *Am J Surg Pathol.* 2017;41:1347–63. doi: 10.1097/PAS.0000000000000919.
4. Yu J, Fulcher AS, Turner MA, Halvorsen RA. Normal anatomy and disease processes of the pancreatoduodenal groove: imaging features. *AJR.* 2004;183:839–46. doi:10.2214/ajr.183.3.1830839.
5. Nankoe SR, Wilcox R, Roggin KK: Paraduodenal pancreatitis (groove pancreatitis) mimicking pancreatic adenocarcinoma. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10:A31–A32. doi: 10.1016/j.cgh.2011.07.011.
6. Patriti A, Castellani D, Partenzi A, Carlini M, Casciola L: Pancreatic adenocarcinoma in paraduodenal pancreatitis: a note of caution for conservative treatments. *Updates Surg.* 2012;64:307–9. doi: 10.1007/s13304-011-0106-3. Epub
7. DeSouza K, Nodit L. Groove pancreatitis: a brief review of a diagnostic challenge. *Arch Pathol Lab Med.* 2015 Mar;139(3):417–21. doi: 10.5858/arpa.2013-0597-RS.
8. Raman SP, Salaria SN, Hruban RH, Fishman EK. Groove pancreatitis: spectrum of imaging findings and radiology-pathology correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2013;201:W29–W39. doi: 10.2214/AJR.12.9956.
9. Gabata T, Kadoya M, Terayama N, Sanada J, Kobayashi S, Matsui O. Groove pancreatic carcinomas: radiological and pathological findings. *Eur Radiol.* 2003;13:1679–84. doi: 10.1007/s00330-002-1743-1.
10. Kager LM, Lekkerkerker SJ, Arvanitakis M, Delhaye M, Fockens P, Boermeester MA, et al. Outcomes after conservative, endoscopic, and surgical treatment of groove pancreatitis: a systematic review. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51:749–54. doi: 10.1097/MCG.0000000000000746.
11. Aguilera F, Tsamalaidze L, Raimondo M, Puri R, Asbun HJ, Stauffer JA. Pancreaticoduodenectomy and Outcomes for Groove Pancreatitis. *Dig Surg.* 2018;35(6):475–481. doi: 10.1159/000485849.
12. Isayama H, Kawabe T, Komatsu Y, Sasahira N, Toda N, Tada M, et al. Successful treatment for groove pancreatitis by endoscopic drainage via the minor papilla. *Gastrointest Endosc.* 2005;61:175–8. doi: 10.1159/000485849.
13. Chantarojanasiri T, Isayama H, Nakai Y, Matsubara S, Yamamoto N, Takahara N, et al. Groove Pancreatitis: Endoscopic Treatment via the Minor Papilla and Duct of Santorini Morphology. *Gut Liver.* 2018 Mar;12(2):208–13. doi: 10.5009/gnl17170.
14. Casetti L, Bassi C, Salvia R, Butturini G, Graziani R, Falconi M, et al. “Paraduodenal” pancreatitis: results of surgery on 58 consecutive patients from a single institution. *World J Surg.* 2009;33:2664–9. doi: 10.1007/s00268-009-0238-5.
15. Becker V. *Bauchspeicheldrüse: Inselapparat Ausgenommen. Spezielle Pathologische Anatomie.* Berlin: Springer; 1973. 586 s.